

Année 1954

N°
931

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

E G O U P O F F - Serge

Né le 17 Février 1928 à CLERMONT FERRAND -
(Puy de Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le

6

T I T R E

A PROPOS DES SUITES ELOIGNEES
D'UNE OPERATION DE NOBLE

Président :

Monsieur le Professeur QUENU

Edition - A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) - GUILLAIN -
HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE - LHERMITTE - LIAN -
LOEPER - MARION - MATHIEU - MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) -
OMBREDANNE - SANNIE - SEZARY - TANCN -.

DOYEN Léon BINET (Nombre de
l'Institut)

ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
(Hotel Dieu	BRCCQ (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
Chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale Réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Or- thopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pulmonaire ..	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-Chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puréiculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et Syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des Maladies du Sang	CHEVALIER (P)
Clinique des Maladies du Système nerveux .	ALAJOUANINE (T)
Clinique des Maladies des Enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses ...	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'Encéphale	DELAY (J)

Clinique du Diabète sucré et des maladies	
de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-climatologie	
Thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT
(Tarnier	LANTUEJOL (P)
Cliniques Obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
(Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique Ophtalmologique	ELTER (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN (A)
Clinique Physio-pathologique des problèmes	
alimentaires (chaire à titre personnel)...	RICHET (C)
Clinique Psychiatrique Infantile	HEUYER (C)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique Thérapeutique Médicale	LEMAIRE
Clinique Urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie .	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance .	CATHALA (J)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESCILLE (H)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire Naturelle	
Médicale	GAILLIARD (H)
Pathologie Chirurgicale	N
Pathologie Exotique	LAVIER (G)
Pathologie Expérimentale et comparée	SENEGRE (J)
Pathologie et Thérapeutique Générales	N
Pharmacologie et matière Médicale	HAZARD (R)
Physico-Chimie Médicale (chaire à titre	
personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	SINET (L)
Physique Médicale	STROHL (A)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)
Chaire de la Clinique Médico-Sociale du dia-	
bète sucré et des maladies de la	
nutrition	BOULIN

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES -ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A)
	(DEBEYRE (J)

Anatomic Pathologie	(GAUTHIER- VILLARS (Molle P. Pr. s. Ch. (BUSSE (F) (GUYGOU (FASQUELLE (R) (NEVOT (A) (BOURLIERE (ETTORI (J) Pr.s;Ch. (JAYLE(MF) Pr. s. Ch. (SCHAPIRA (G) (DUPERRAT (BUIILLARD Pr.s. Ch. (COUJARD (R) (DEBRAY (C) (BOYER (DUPARIS (M) (DEROBERT (L) (HADENGUE (GAULTIER (M) (DAVID (SEZE (S. de) (GRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERGER (R) (PAVINA (J) (VARANGOT (J) (MORIN (OFFRET (G) (DESVIGNES (P) (JUDET (HALPHEN (E)P.s.ch. (AUBRY (MADURO (R) (BRUMPT (L) (CHABAUD (ABOULKER (P) (BAUMANN (J) (COSSET (J) (HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (OLIVIER (Cl) (PADOVANI (P) (LORTAT-JACOB (POILLEUX (M) (ROUX (RUDIER (J.C) (VERNE (J.M.) (MERKLEN (P) (BERNARD (J) (BOUDIN (G)
Bactériologiq	
Biologic Médicale	
Chimie Médicale	
Dermato-Syphiligraphie	
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Médecine Légale	
Neuro-Chirurgie	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-Rhino-Laryngologie	
Parasitologie	
Parasitologie Coloniale	
Pathologie Chirurgicale	
Pathologie Expérimentale	

Pathologie Médicale	(CASTAIGNE (P)
	(CONTE (M)
	(DECOURT (J)
	(DEMART (A)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FLEUVERT (R)
	(HAMBURGER (J)
	(KOURILSKY (R)
	(MILLIEZ (P)
	(PERRAULT (M)
	(RAMBERT (P)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J)
	(LAROCHE
	(PEQUIGNOT
	(LAMOTTE
Pédiatrie	(LAPLANE (R)
	(MARIE (J)
Pharmacologie	(LEVY Melle Pr. s. ch.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr. s. ch.
Physique Médicale	(DJOURNO (A)
	(COUGEROT (L)
Physiologie	(BARGETON (D) Pr. s. Ch.
	(PARRÔT (J.L.)
Phtisiologie	(KREIS
Psychiatrie	(BARUK (H)
Psychiatrie Infantile	(MICHAUX (L)
Stomatologie	(CHAPUT Mme
	(CERNEA
Puériculture	(JOSEPH
Thérapeutique	(PERRAULT Chargé de
	l'enseignement.
Urologie	(KUSS (R)

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (clinique Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

Clinique Chirurgicale	(AMELINE (A)
	(MENEGEAUX (G)
	(PATEL (J)
	(SICARD (A)

MM.

Clinique Médicale	(BROUET (G)
	(CACHERA (R)
	(GARCIN (J)
	(HAGUENEAU (M)
	(MARCHAL (C)
	(SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	(DIGONNET (L)
	(EGALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENART (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	Melle CHANTREUIL (G)

Conservateur	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	M. DOUAN (G), Melles
	DUMAITRE (P), GOICHON (AM)
	LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M E S P A R E N T S

A M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R Q U E N U

qui m'a fait le très grand honneur
de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BOTTON

Chirurgien de l'Hôpital de Moulins
qui en a été l'inspirateur.

A MES MAITRES

de l'Ecole de Plein Exercice
de Clermont-Ferrand.

A M E S M A I T R E S

du Centre Hospitalier de Moulins.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Au cours de ces dernières années, la thérapeutique des occlusions a très largement profité des progrès et des acquisitions dont s'enrichit chaque année la chirurgie. Les procédés d'investigation et de traitement, les techniques opératoires minutieusement mises au point se sont multipliées et sans cesse perfectionnées, donnant une certitude de guérison de plus en plus grande et réduisant la mortalité dans des proportions considérables.

C'est ainsi que, par les procédés de perfusion intraveineuse et d'aspiration duodénale systématique, on est parvenu à corriger le syndrome humoral, le cercle vicieux autrefois responsable de la grande mortalité de ces affections, et à rétablir l'équilibre hydro-salin indispensable.

C'est ainsi encore que les immenses progrès des procédés d'anesthésie et de réanimation ont permis de réaliser, avec une sécurité quasi-absolue, des interventions qui, par leur longueur, leur audace, n'auraient même pas été concevables il y a seulement quelques années.

Enfin, ce sont les antibiotiques qui ont achevé de donner au chirurgien le maximum de sécurité dans la période si inquiétante des suites opératoires.

Mais, pour autant que la chirurgie, et en particulier la chirurgie des occlusions ait profité de ces

acquisitions, il n'en reste pas moins que certaines formes d'iléus sont demeurées longtemps sans solution satisfaisante.

Ce sont d'une part les formes d'occlusion qui récidivent après une intervention abdominale et qui peuvent indéfiniment se reproduire après les réinterventions successives auxquelles on est contraint.

Ce sont d'autre part celles consécutives à une péritonite aiguë post-opératoire ou d'autre origine.

Le cas que nous proposons ici se rattache à ce deuxième groupe. Il s'agit d'une péritonite aiguë avec phénomènes occlusifs ayant déterminé de larges zones de dépéritonisation qui auraient entraîné à brève échéance des phénomènes occlusifs à répétition si l'on n'avait utilisé une méthode de plicature systématique des anses grêles dans le but de diriger les adhérences qui se seraient inévitablement produites d'une façon anarchique.

Voici cette observation, rapportée par Monsieur le Docteur DE BOTTON et qui date, pour sa première partie, de Février 1950. Elle n'a, jusqu'à présent, jamais été publiée.

Observation du cas de M. M...

(Docteur de BOTTON)

février - Mars 1950

Je suis appelé par le Dr RANGLARET, le 25-2-1950 auprès de M. M... qui souffre du ventre depuis huit jours : douleur diffuse avec diarrhée et température autour de 38° à 38°5. Mais depuis le matin les douleurs sont devenues plus vives, et, surtout, il y a arrêt complet des matières et des gaz, avec un vomissement dans la matinée.

Je trouve un malade angoissé, souffrant beaucoup, surtout dans la région sous-hépatique, assez bas cependant. Ces douleurs sont à type de coliques. A l'examen on trouve un ventre tendu, météorisé; au T.R. : douleur vive au cul de sac de Douglas.

Le diagnostic d'occlusion inflammatoire est porté et l'intervention décidée. Elle est pratiquée dans les deux heures qui suivent, après avoir remonté le malade par des toni-cardiaques et du sérum.

Laparotomie sous ombilicale, agrandissement vers le haut. On trouve alors un magma d'adhérences du grêle et du colon transverse autour d'un gâteau épiploïque suppuré que l'on a du mal à libérer. On y arrive cependant et on enlève ainsi un gros placard épiploïque grand comme la paume de la main, épais de un centimètre, avec un orifice punctiforme d'où sort du pus.

Il s'agit maintenant de péritoniser le colon et les anses grêles. On y arrive assez facilement pour le colon, mais on ne voit pas d'autre solution pour le grêle que d'accoler les anses dépéritonisées deux à deux. Cette plicature porte sur une longueur de 30 à 40 cms à la partie moyenne du grêle. On réalise ainsi quatre plis non contigus. L'accolement est fait au catgut, car les fils non résorbables seraient une source d'infection dans un péritoine déjà très septique.

Saupoudrage au pénisulfa.

Fermeture en trois plans avec drainage sus-pubien.

Transfusion : 500cc.

Le soir même : pénicilline, continuée cinq jours à raison de un million d'unités par jour.

Les suites sont parfaites, et le malade sort guéri le quatorzième jour.

L'examen anatomo-pathologique fait par le Docteur GAUTHIER-VILLARS ne révèle que des lésions inflammatoires banales.

Le malade est revu, il y a quelques jours, guéri et ne souffrant plus du tout du ventre.

Ainsi l'opération de NOBLE a permis de péritoniser parfaitement sans danger pour le malade, et en le mettant à l'abri des adhérences post-opératoires qui auraient été inévitables sans cela.

Le 23 Décembre 1952

Le malade est à nouveau admis dans le service pour syndrome douloureux gastrique, douleur continue sans horaire précis, avec hématurie. Celle-ci ne sera pas constatée pendant le séjour du malade dans le service.

Des radiographies digestives sont pratiquées qui montrent un duodenum douteux, avec bulbe irrégulier.

On observe d'autre part que le malade présente des signes généraux d'éthylisme chronique : faciès, tremulation, et, à l'examen, une diminution des réflexes.

Deux séries de tests hépatiques seront demandées :

Le 24 Décembre 1952

urée sanguine	0,38 gr.
protides totaux	78 gr.
Test au thymol D.O.	2
Taux de prothrombine	62 %

Numération et formule sanguine sensiblement normales.

Le 31 Décembre 1952

Urée	0,42 gr.
Protides totaux	76 gr.
Thymol D.O.	2
Taux de prothrombine	82 %

On constate donc l'absence de signe d'insuffisance hépatique.

Ce sera en raison des hématémèses, des phénomènes douloureux, que le traitement médical n'a pas soulagé, d'une part, de l'image bulbaire suspecte, de l'absence de signe hépatique d'autre part, que l'on est amené à penser qu'il s'agit d'un ulcus duodénal à symptomatologie atypique, et que l'on décide une laparatomie exploratrice.

Celle-ci sera réalisée le 2 Janvier 1953. Elle s'avère négative quant à l'hypothèse d'un ulcus, mais on constate à cette occasion qu'il ne reste aucune trace, aucune adhérence intestinale de l'opération de NOBLE pratiquée trois années auparavant.

Fermeture nylercé.

Suites opératoires simples.

- + -

C'est à l'occasion de cette observation que nous nous proposons de rappeler quelles sont les possibilités et quelle est la portée d'une opération comme celle-ci. Nous allons, dans ce dessein, rappeler l'étiologie et la pathogénie des occlusions post-opératoires, puis, après un historique de l'opération de NOBLE, nous essaierons d'établir dans quelles conditions cette intervention est réalisable, autrement dit quelles sont ses indications et sa technique. Nous terminerons cet exposé par un aperçu sur les résultats obtenus jusqu'à présent par cette technique et en donnant nos propres conclusions.

RAPPEL DE L'ETIOLOGIE DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

ET DE LA PATHOGENIE DES BRIDES ET ADHERENCES

RAPPEL DE L'ETIOLOGIE DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

Le but de ce type d'intervention est, nous l'avons indiqué, non pas d'éviter la formation des adhérences elles-mêmes, prévention qui n'a pu, jusqu'à présent, être réalisée, mais seulement de diriger des adhérences, de façon à ce que leur présence ne gêne en aucune façon la motricité et le transit de l'intestin grêle.

Ce sont en effet ces adhérences qui provoquent, dans les suites opératoires des interventions abdominales, des complications graves à type d'étranglement ou même des volvulus des anses grêles.

A ce propos, rappelons que parmi les accidents occlusifs post-opératoires, on distingue habituellement deux groupes :

Certains de ces accidents sont précoces, c'est-à-dire qu'ils surviennent dans les premières semaines qui suivent la laparotomie.

D'autres, les plus nombreux, n'apparaissent que dans le courant de la première année ou des deux ou trois premières années qui suivent l'intervention. Elles sont, dans la règle, en rapport avec la formation de brides et d'adhérences au sein de la masse intestinale.

- OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES

Apparaissant dans les premières semaines qui suivent l'intervention, les accidents occlusifs sont, après les

phlébitos et les embolies, la cause de mortalité précoce la plus fréquente.

Les causes de ces complications sont de plusieurs natures :

Au premier chef se trouve l'intervention elle-même, le traumatisme opératoire qui semble le facteur le plus important. Il entraîne en effet des phénomènes de parésie intestinale qui sont tout à fait banaux et se retrouvent dans toutes les laparotomies; mais ceux-ci, par les jeux des phénomènes nerveux, neuro-végétatifs plus exactement, peuvent aller jusqu'à un arrêt complet et durable des matières et des gaz. Disons tout de suite que ces phénomènes ne sont pas, par eux seuls, justiciables du système de plicature des anses grêles, mais qu'ils doivent céder au traitement classique comprenant l'aspiration duodénale, les perfusions intraveineuses, l'injection de péristaltiques tels que la prostigmine (Travaux de CREYSSEL et SUIRE).

Un deuxième facteur concourt à l'apparition des occlusions précoces, ce sont les modifications anatomiques, on peut même dire les bouleversements anatomiques, que l'opération apporte au péritoine, aux mésos, aux anses grêles. Il peut s'agir, soit d'un artifice opératoire exigé par la technique propre de l'intervention, comme par exemple un orifice transmésocolique créé au cours d'une gastrectomie et où glisseront les anses grêles si cet orifice est mal fixé; soit, et c'est le cas habituel, de la formation de

brides et d'adhérences qui soudent les anses entre elles, d'une façon plus ou moins importante selon les cas. D'où la nécessité d'une péritonisation rigoureuse.

Enfin le facteur infectieux intervient. Le péritoine, organe réceptif aux germes pathogènes s'il en fut, peut devenir le siège d'une péritonite plastique adhésive qui peut aller jusqu'à la constitution d'abcès. Il s'ensuit, dans les suites immédiates, des troubles du transit évoluant par poussées qui rétrocedent mal mais qui ne se confirment pas toujours en occlusions franches, et des reprises des signes infectieux et généraux plus ou moins intenses.

Pour prévenir et pour tenter de guérir ces regrettables accidents, on disposait jusqu'à présent de 3 méthodes dont aucune n'était pleinement satisfaisante.

La libération simple des anses lésées de leurs brides et de leurs adhérences est la plus logique. C'est un travail difficile, qui produit souvent un choc important et au cours duquel on risque de disséminer l'infection au péritoine. Mais surtout on lui reproche de ne pas garantir contre les récidives, car elle ne supprime pas les surfaces cruentées et déperitonisées.

L'iléostomie est une intervention beaucoup plus simple. Mais elle n'enlève qu'un segment de l'intestin grêle et n'est jamais qu'une méthode palliative, aveugle. Enfin, outre qu'elle expose à la fistule, elle constitue par elle-même un risque de mortalité.

Enfin, la dérivation interne a souvent été utilisée avec succès mais c'est une intervention critiquable par plusieurs points. D'abord, elle crée un état anatomique contraire à la physiologie normale, état qui est définitif. Par ailleurs, elle n'élimine pas le foyer infectieux, qui poursuit son évolution et celle-ci peut se faire vers l'abcès, voire la perforation. De plus les sutures ainsi réalisées se trouvent sur de mauvais tissus.

Bref, la dérivation interne ne met pas à l'abri, elle non plus, des récidives et des complications.

Par conséquent, les complications précoces d'ordre occlusif des interventions abdominales restaient sans solution vraiment satisfaisante. Tous les procédés proposés avaient leur part de réussite mais aucun n'était complètement valable. Le problème des occlusions post-opératoires précoces restait à résoudre.

- OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES TARDIVES

Ici, les facteurs inflammatoires ne sont plus en cause. Il n'entre en jeu que des phénomènes mécaniques, et ces occlusions tardives sont des occlusions mécaniques, ou plus exactement dues à une cause mécanique, à un obstacle, facteur qui existe et que nous avons vu pour les occlusions précoces. Cet obstacle peut reconnaître deux origines, nous l'avons dit :

- ou bien une modification anatomique créée par l'opération initiale, comme par exemple un orifice créé dans le mésocolon au cours d'une gastrectomie et dans lequel les premières anses grêles glissent et s'étranglent.
- ou bien, et c'est le cas habituel, la formation de brides et d'adhérences post-opératoires qui étranglent les anses et les font coller les unes aux autres, déterminant une gêne du transit plus ou moins considérable.

Ce sont les occlusions qui relèvent de cette dernière cause qui constituent la grosse majorité des complications post-opératoires d'ordre occlusif. En effet, elles forment environ le tiers de l'ensemble des occlusions. C'est à elles que l'on doit porter le plus d'attention.

Elles sont des complications tardives des interventions abdominales car elles surviennent :

- pour 43 % dans la I^{ère} année
- " 32 % de 2 à 10 ans
- " 25 % au delà de 10 ans après l'opération.

Elles succèdent à n'importe quelle intervention portant sur l'abdomen, depuis la simple appendicite jusqu'aux résections et aux anastomoses les plus compliquées.

Les brides et adhérences qui les déterminent sont d'importance et d'étendue variables mais toujours définitives.

Elles agissent en réalisant des coudures, des strictions, des étranglements des anses grêles, et même des volvulus.

RAPPEL DE LA PATHOGENIE DES BRIDES ET DES ADHERENCES

Ces formations pathologiques obéissent aux mêmes règles qui conditionnent leur apparition dans n'importe quelle région de l'organisme.

Le mécanisme de leur formation est le suivant : il se produit, au cours de l'opération, une exsudation plasmatique qui se poursuit, et par le jeu de la coagulation du plasma, la bride ou l'adhérence se constitue, et ceci en quelques minutes ou quelques heures. Deux solutions sont alors possibles :

- ou bien la néoformation de fibrine se résorbe et disparaît sous l'action diastasique des leucocytes, et aussi sous l'action mécanique du péristaltisme intestinal.
- ou bien elle persiste mais pour cela un certain nombre de conditions sont indispensables. Il doit exister une altération intéressant à la fois la paroi, l'endothélium péritonéal et les tissus sous-jacents.

Ces conditions réalisées, la bride persistera et évoluera vers la sclérose, en quelques semaines. La transformation sera irréversible, et qu'il s'agisse d'un voile lâche non vascularisé ou d'un tissu fibreux épais, cette formation sera définitive, répétons-le.

LES FACTEURS QUI INTERVIENNENT

Les facteurs qui interviennent dans l'apparition de la bride et des adhérences sont de plusieurs ordres. On a

incriminé :

- la déshydratation des anses,
- les lésions mécaniques, à condition qu'elles soient importantes,
- toute déperitonisation,
- l'hémorragie intra-péritonéale,
- l'inflammation de la séreuse,
- la présence de corps étrangers comme des mèches, des drains, du talc ou des substances telles que l'iode ou l'éther ou des sulfamides répandus en trop grande abondance.

La notion de terrain sur lequel surviennent ces formations est d'une importance fondamentale. Certains sujets ne font pas et ne feront jamais d'adhérences, alors que d'autres en formeront à tout coup.

Pour prévenir la constitution de ces adhérences, le seul moyen efficace que l'on possédait jusqu'alors était de réaliser une opération soignée en prenant des précautions minutieuses, qui sont d'ailleurs toujours valables.

: On doit ainsi s'efforcer d'éviter au maximum les lésions du péritoine en évitant de faire des incisions trop courtes qui rendent malaisée la manipulation des anses grêles, en faisant les manipulations les plus douces possibles, en évitant les tractions brutales.

En deuxième lieu, la repéritonisation doit être effectuée rigoureusement, sans laisser de surface libre.

Enfin, on appliquera localement les antibiotiques qui préviendront les phénomènes infectieux péritonéaux.

L'aseptie et l'hémostase devront être également très minutieuses.

Par contre, il faut proscrire l'utilisation de grandes quantités d'éther ou de poudre de sulfamides qui finiraient par agir comme corps étrangers.

On a proposé, pour prévenir les formations fibreuses adhérentes, d'introduire dans le péritoine divers produits comme par exemple :

- les huiles - celles-ci en fait favorisent les adhérences plus qu'elles ne les préviennent.
- les ferments digestifs - l'expérience a montré que ces produits étaient absolument à proscrire.

L'Héparine inter-péritonéale a été essayée, mais là encore les grands risques d'hémorragie grave interdisent son utilisation.

Des procédés mécaniques comme la création d'un pneumo-péritoine sont inefficaces et même nuisibles.

Enfin la Cortisone a récemment été essayée, avec semble-t'il des résultats encourageants (M^r. NICOL et GUEULETTE) mais qui n'ont pas été confirmés.

De même l'emploi de l'Alpha-tocophérol.

Par conséquent la prévention des brides et des adhérences ne sera réalisée qu'en fonction de la qualité de

l'intervention initiale, ce qui n'est pas toujours le cas. Et c'est ce qui donne sa valeur à la nouvelle technique de plicature régulière et de péritonisation des anses grêles puisque les adhérences, qu'il a été jusqu'à présent impossible de prévenir, seront dirigées dans le sens des anses grêles et, de ce fait, ne causeront pas de gêne au transit intestinal.

Ce sont les auteurs américains qui, les premiers, ont réalisé, et avec un plein succès, cette méthode si efficace. Mais c'est à Monsieur le Professeur QUENU et à ses collaborateurs que l'on doit l'introduction de l'opération de NOBLE dans notre pays.

Nous allons succinctement rappeler l'histoire de cette opération, et, à propos de l'observation que nous présentons ici, nous passerons en revue les indications et la technique du "Noble", avant de tenter de faire le bilan actuel de ce procédé nouveau.

HISTORIQUE

HISTORIQUE

Les premières observations rapportées par NOBLE de l'opération qui devait porter son nom remontent aux années 1920. C'est pendant la première guerre mondiale, au cours de la campagne de Belgique, que le chirurgien américain fit ses premières constatations. Il s'agissait de plaies abdominales survenues chez des soldats qui n'avaient pu être examinés dès les premières heures.

Ces blessures profondes s'infectent rapidement et il y a constitution de foyers de péritonite localisée. Ceux-ci sont constitués par des masses d'anses grêles agglutinées par des adhérences désordonnées et ces formations sont directement responsables des occlusions qui surviennent rapidement, entraînant la mort. Celle-ci n'est donc pas déterminée par le processus infectieux, mais par un facteur mécanique.

Pour prévenir celui-ci, NOBLE, en 1919 eut l'idée de diriger ces adhérences par un procédé de plicature des anses totale ou partielle.

Depuis cette époque, le chirurgien américain a effectué plus de 1300 fois son opération, avec une seule réintervention, après une plicature partielle.

A la suite, LORD, en 1951 a rapporté 11 cas de plicature totale, avec seulement 2 résultats mauvais.

En France, les publications de NOBLE sont restées longtemps méconnues, bien qu'ayant été surtout publiées en 1937.

Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que l'opération NOBLE a été connue dans notre pays. Et c'est à Monsieur le Professeur QUENU que nous devons de connaître cette opération. C'est lui qui a eu le très grand mérite de réaliser les premières interventions de ce type, avec un plein succès, et de contribuer à les propager parmi les chirurgiens français.

C'est à la séance du 17 janvier 1951 de l'Académie de Chirurgie, que Monsieur le Professeur QUENU faisait connaître les 9 cas opérés par lui et ses collaborateurs, avec un succès complet.

Par la suite, les observations se sont multipliées :
Cas de M.M. THELHEIMER et Paul MALVY, le 7 février 1952.
Cas rapportés par M.M. GERMAIN, THOMERET et BOY en même temps que l'observation de M.M. POILLEUX et FRILEUX le 16 mai 1951.

A la séance du 9 mai 1951 : Monsieur le Professeur QUENU. - Il y eut des discussions et quelques réserves.
(Monsieur le Professeur MOULONGUET).

16 janvier 1952 : Cas de M.M. PINSON et LUCCIANI rapporté par Monsieur le Professeur QUENU.

13 février 1952 : 3 cas d'opération de NOBLE indiquées pour des affections qui n'étaient pas des occlusions

post-opératoires (péritonites, périviscérite) par M.M.
J.HEPP, G. des MESNARD, MERCADIER et ZIEGLER.

Le 25 mars 1953 : M. VINCENT, dans sa thèse, rapporte
7 cas d'opération de NOBLE, avec des résultats très satis-
faisants.

Citons enfin les travaux expérimentaux faits à l'é-
tranger par WECKESSER, LINDSAY et CEBUL sur le chien et
leurs observations de 10 cas d'opération de NOBLE pratiquées
en pathologie humaine, avec des résultats également très
bons (Octobre 1953).

Le 17 mars 1954 : M. Sylvain BLONDIN : Péritonite
encapsulante et opération de NOBLE.

Le 24 mars 1954 : M.M. AIMES, FRANCHEBOIS et BAUMEL :
occlusion du grêle par péritonite encapsulante. Opération
de NOBLE.

INDICATIONS

INDICATIONS

Dans un certain nombre de cas, les accidents occlusifs surviennent dans les premières semaines qui suivent l'intervention abdominale, mais ce n'est pas l'éventualité la plus fréquente. Habituellement, ces complications se produisent dans l'année ou les deux ans qui suivent, et nous avons vu qu'elles étaient déterminées le plus souvent par un processus adhérentiel en rapport avec le traumatisme opératoire. C'est à ce type d'occlusion post-opératoire par brides et adhérences que s'étendront la plus grande partie des indications de plicature régulière du grêle.

- LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES

Celles qu'on peut redouter dans les suites opératoires immédiates, tirent leur gravité du fait qu'elles sont, après les phlébites et les embolies, la grande cause de mortalité opératoire.

Nous avons vu, en étudiant la pathogénie de ces occlusions, qu'il entraînait en jeu, outre les phénomènes parétiques déterminés par le traumatisme opératoire, le bouleversement de l'anatomie du grêle, du péritoine et des mésos, et aussi et surtout un facteur infectieux responsable de la réaction péritonéale (péritonite plastique adhésive).

Il en résulte, dans la période des suites immédiates, une série de troubles d'importance variable, non pas constamment mortels, mais toujours extrêmement ennuyeux; c'est ainsi

qu'on assiste à une succession de crises occlusives ou subocclusives, avec une note infectieuse plus ou moins nette, séparées par des phases d'accalmie jamais très nette et sur lesquelles le traitement antibiotique, les perfusions intraveineuses et les antispasmodiques n'ont pas d'action décisive.

Ces accidents subaigus, qui risquent de se reproduire indéfiniment, n'ont pas trouvé, dans les essais de traitement employés jusqu'ici, de solutions satisfaisantes, ainsi que nous l'avons vu.

C'est ainsi que, en essayant de libérer purement et simplement les anses, ou en créant une iléostomie, ou même en réalisant une dérivation interne, on obtient en général une amélioration et un rétablissement du transit normal, mais cette guérison est rarement durable, les récidives sont la règle. Nous avons vu aussi qu'on risquait toute une série d'accidents extrêmement fâcheux (tels que abcès, perforation, fistules).

De toutes les interventions proposées jusqu'à présent, c'est le procédé de plicature régulière des anses grêles qui paraît la plus rationnelle. En pliant les anses d'une certaine façon, on fait que les adhérences, qui se produisent inévitablement, le feront d'une façon dirigée dans le sens des plis et ne gêneront en aucune façon le transit, et on peut être sûr qu'aucun trouble fonctionnel n'apparaîtra : c'est la manière la plus radicale de ne pas avoir de récidives.

Toute la question, toute la difficulté de la chose, c'est de poser l'indication judicieusement.

A quels cas doit-on appliquer l'opération de NOBLE? Pour quels autres doit-on s'abstenir? Car nous verrons qu'il est des cas où cette intervention est impossible à réaliser, d'autres où elle est dangereuse.

Le chirurgien doit trouver dans l'opération de NOBLE un moyen très efficace de traiter les occlusions précoces post-opératoires, mais qu'il ne doit pas chercher à appliquer systématiquement.

/ - LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES TARDIVES

Ici, les phénomènes inflammatoires ne sont plus en jeu. Le facteur péritonéal infectieux ne joue plus dans le déterminisme des accidents tardifs post-opératoires. On se trouve en présence d'occlusions de causes mécaniques, dans lesquelles l'obstacle est constitué soit par une modification anatomique volontairement apportée et nécessitée par la technique de l'intervention initiale, soit - et c'est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente - par le développement d'adhérences et de brides au sein et autour de la masse des anses grêles, développement plus ou moins important mais toujours anarchique.

C'est à ce dernier type d'iléus post-opératoire que la plicature régulière du grêle trouve ses applications les plus intéressantes.

Sans vouloir revenir en détail sur l'étiologie et sur les facteurs pathogéniques qui interviennent dans

l'apparition de ces adhérences et de ces brides, rappelons cependant que, pour que ces formations subsistent de façon durable, il est nécessaire que les altérations organiques intéressent, outre la paroi, l'endothelium du péritoine et enfin les tissus sous-jacents.

Apparus au cours de la première année (ou parfois beaucoup plus tard), ces accidents surviennent à la suite de n'importe quelle intervention abdominale. Le processus adhérentiel évolue vers la sclérose; les brides et adhérences sont alors irréversibles et toujours définitives. Insistons encore sur la notion du terrain sur lequel elles surviennent.

Nous avons vu que les essais de prévention des adhérences par des produits médicamenteux avaient échoué, et qu'en définitive, c'était dans le soin et les précautions apportées à l'intervention initiale que se trouvait le meilleur moyen d'éviter les adhérences, notamment par une péritonisation rigoureuse.

C'est ce qui donne toute sa valeur à la technique de plicature et de repéritonisation des anses grêles. C'est là l'indication majeure de cette intervention. C'est elle, l'expérience l'a déjà largement prouvé, qui donnera les meilleurs résultats dans les suites éloignées des opérations abdominales.

Mais là encore, on devra sélectionner avec soin les indications opératoires. Il s'agit en effet de réaliser une intervention longue, sinon difficile, et dont il résulte un

bouleversement anatomique définitif.

Le type de l'indication du "NOBLE", c'est le cas d'occlusions par brides et adhérences post-opératoires, cas qui peut se présenter comme étant un premier accident occlusif et comportant d'emblée des lésions adhérentielles diffuses, ou du moins étendues sur des portions importantes du grêle.

Ce peut être aussi le cas d'occlusions récidivantes, récidives qui sont déterminées par la reprise du même processus adhérentiel qui avait provoqué un premier accident occlusif; on doit prévoir que, si l'on se contente de sectionner les brides ou de réséquer les anses lésées (en complétant par le rétablissement de la continuité), on court le risque, à peu près sûrement, de voir revenir le malade avec de gros troubles de transit au bout d'un temps plus ou moins long; et à l'ouverture de l'abdomen, on se trouvera en présence d'un développement adhérentiel plus important, plus épais, plus complexe que lors de la première réintervention.

On essaiera alors de libérer les anses et on pourra encore y parvenir, mais l'avenir, le pronostic sera le même qu'après la première réintervention, avec beaucoup moins de chances de pouvoir libérer les anses, car d'une fois à l'autre, les adhérences se font de plus en plus denses et inextricables.

C'est peut-être là l'éventualité la plus propice à une plicature ordonnée de l'intestin grêle, car en une seule intervention, pratiquée lors du premier accident occlusif,

(si les lésions sont d'emblée importantes) ou lors d'une récurrence (si les lésions du premier accident étaient peu étendues) on assurera au malade un avenir sans danger.

Mais l'indication d'une opération de NOBLE ne se posera pas lorsqu'on se trouvera en présence de lésions simples et isolées comme par exemple une bride unique, ou un orifice transmésocolique où s'est étranglée une anse grêle. Dans ces cas, on pourra se contenter d'éliminer simplement l'obstacle en cause, section de la bride, résection complétée par une anastomose.

Une troisième indication de plicature régulière du grêle, c'est celle qui intéresse le cas très général des sujets qui ont subi autrefois une laparotomie et qui présentent des troubles digestifs à type de constipation épisodique plus ou moins opiniâtres, des douleurs diffuses ou localisées de l'abdomen, un ballonnement pénible, bref une gêne du transit intestinal.

Chez ces sujets, ces troubles sont parfois graves et on doit toujours redouter l'apparition d'une occlusion aigüe vraie.

L'opération de NOBLE, plicature systématique des anses grêles, apparaît actuellement comme étant la seule susceptible de faire disparaître ces troubles et surtout de mettre les malades à l'abri de ces accidents occlusifs d'une façon sûre.

- IL EXISTE D'AUTRES CAS

où l'opération de NOBLE peut être réalisée.

Au premier chef, indiquons des cas où cette technique a été appliquée pour la première fois par son créateur, à savoir les plaies abdominales qui n'ont pas été traitées immédiatement et qui ne sont vues qu'au bout de 24 ou 48 heures. Les statistiques de l'auteur américain donnent 95 % de réussite (contre 95 % de mortalité en l'absence de cette intervention).

Les affections abdominales désignées sous le terme très général de périviscérités sont, dans certaines conditions, susceptibles d'être traitées par l'opération de NOBLE.

En dehors des périviscérités post-opératoires sur lesquelles nous nous sommes déjà étendus, ces affections sont tantôt secondaires, tantôt primitives.

- secondaires - elles sont déterminées par toute la série des affections et des infections aiguës ou chroniques qui peuvent atteindre les divers segments du tube digestif et de ses annexes ou des organes pelviens.

- les ulcères gastro-duodénaux

- les cholécystites, les angiocholites

- les inflammations appendiculaires et coliques

- les sigmoïdites,
 - les inflammations utéro-annexielles.
- primitives - les périviscérites sont parfois congénitales, d'autres sont de nature syphilitique. On connaît bien les péritonites plastiques tuberculeuses qui sont parfois très graves.

Enfin il existe des périviscérites primitives qui sont dites essentielles, mais qui sont en réalité toujours secondaires à un foyer infectieux mineur.

Mais dans tous ces cas, on n'entreprendra de réaliser une plicature intestinale que dans la seule éventualité où les troubles du transit déterminés par la périviscérite sont suffisamment importants pour qu'on puisse redouter la survenance d'une sténose gastro-duodénale ou d'une occlusion

L'opération de NOBLE, en réalisant une périviscérite dirigée, évitera un accident fâcheux et du même coup supprimera les troubles du transit. Mais on devra être très prudent pour poser les indications, et se limiter aux cas que nous avons vus. Il faudra aussi tenir compte des inconvénients propres à chaque cas. Par exemple, pour les péritonites tuberculeuses fibreuses, on se trouve en général en présence d'un mauvais terrain, ce qui rend l'indication très discutable, bien que l'école de NOBLE en vante l'opportunité.

OPERATION DE NOBLE TOTALE ET OPERATION DE NOBLE PARTIELLE

Tous les cas que nous avons envisagés jusqu'à présent relèvent de l'opération de NOBLE totale, c'est-à-dire une plicature et une repéritonisation qui intéressent l'intestin grêle sur toute sa hauteur, ne laissant à nu aucune surface.

On peut imaginer, et on l'a fait, que cette technique ne porte que sur un nombre limité d'anses grêles, plicature en quelque sorte à la demande. Il existe un cas où cette éventualité est réalisable; c'est, par exemple, dans les cas d'invagination de l'iléon dans le coecum, où la meilleure technique de contention en grêle est d'accoler la portion terminale de celui-ci au bord interne du colon ascendant.

Dans le cas que nous rapportons au début de cet exposé, il a été réalisé une plicature partielle qui ne concernait que les anses altérées. Le problème était, nous l'avons vu, de repéritoniser les zones qui avaient souffert et qui étaient dépouillées de leur séreuse détruite. Pour ce faire, on a accolé les zones dépéritonisées entre elles à la demande. On aurait pu - et c'eut été plus rationnel, plus satisfaisant - plier le grêle sur toute sa longueur; mais il ne faut pas oublier qu'on était en présence d'un malade choqué, très fatigué, qu'on n'avait pas la possibilité - c'était une question d'heures - de remonter suffisamment pour lui permettre de subir une intervention aussi

longue que celle-ci. On a voulu, et il le fallait, parer au plus pressé. L'expérience a été faite, et le but de ce travail est de montrer que nous n'avons pas eu lieu de le regretter. Les suites immédiates, les suites plus tardives ont été parfaites, le transit s'est rétabli normalement et n'a jamais présenté le moindre trouble. Et lors de la réintervention, trois ans plus tard, on pouvait constater une reconstitution anatomique parfaite, correspondant à une évolution physiologique sans heurt.

A l'étranger, certains auteurs (WECKESSER) étendent très largement les indications de la plicature partielle. Pour eux, chaque fois que, au cours d'une intervention abdominale on est amené à dépéritoniser une partie de la surface iléale ou jéjunale, la plicature de cette zone est indiquée, et seules les surfaces cruentées doivent être pliées de cette sorte. Il s'agit là de prévenir, encore une fois, la formation anarchique des brides et des adhérences.

En France, l'école de Monsieur le Professeur QUENU est beaucoup plus réservée en ce qui concerne la plicature partielle, et avec juste raison.

En effet, le seul fait qu'il persiste des anses libres laisse à penser que celles-ci pourront être à l'origine de récidives ultérieures.

Monsieur Jean GOSSET a rapporté récemment une observation de "NOBLE" partiel fait sur deux volvulus successifs du grêle et réopéré pour récidive du volvulus : les anses

s'étaient libérées, par lâchage du fil de soie, et surtout avaient déterminé l'apparition d'un nouveau volvulus.

En outre, la plicature partielle a un gros inconvénient technique : les plis successifs créent des sortes de cornets méésentériques qu'on est obligé de fermer. Citons à ce propos le cas signalé par M.M. BLANQUERON, BOUSSARD et VERNES d'un volvulus du grêle, pour lequel avait été faite une résection intestinale par anastomose aseptique, et qui avait été complétée immédiatement par une opération de NOBLE. Il s'agissait d'une plicature partielle réalisée au fil non résorbable et dans laquelle on n'avait pas fermé les cornets méésentériques.

C'était la première observation française d'une opération de NOBLE pratiquée après une résection très large. C'est encore un type d'intervention auquel on peut étendre les indications de plicature de l'intestin grêle.

CONTRE-INDICATIONS

CAS LIMITES

CONTRE-INDICATIONS

Nous avons vu que l'opération de NOBLE avait des indications assez étendues dans le domaine des occlusions et, d'une façon générale, dans les troubles du transit intestinal persistants et qui comportent des risques d'accidents occlusifs à plus ou moins brève échéance.

Mais, nous l'avons déjà signalé, il s'agit là d'une technique nouvelle, qui a certes donné des résultats des plus satisfaisants, mais dont on ne doit pas faire un procédé à appliquer systématiquement.

En effet, dans certains cas, l'opération de NOBLE peut-être dangereuse : c'est le cas où les conditions d'anesthésie et de réanimation ne sont pas suffisantes; même s'il s'agit d'une indication type, indiscutable, il vaudra mieux surseoir à l'intervention, car il s'agit d'une intervention longue (plusieurs heures) et par ce fait choquante.

Dans un autre groupe de cas, l'opération de NOBLE est impossible à réaliser. Ce sont par exemple les cas cités par N.M. GERMAIN et POILLEUX ou par Monsieur THOMERET, dans lesquels les auteurs se sont trouvés devant un magma d'anses grêles adhérentes d'une façon inextricable et qui a obligé les opérateurs à renoncer à la plicature.

Il semble que, dans des cas semblables, on puisse poser l'indication d'une anastomose intestinale.

Il existe enfin des cas discutables, comme par exemple les occlusions du grêle déterminées par une péritonite encapsulante. L'opération de NOBLE a été réalisée et les suites ont été pleinement satisfaisantes, à diverses reprises, dans cette affection assez rare; mais on a objecté que la cure elle-même de la péritonite encapsulante était déjà une opération longue et semblait donner à elle seule des résultats satisfaisants.

Mais on a observé par ailleurs que les récidives étaient assez fréquentes, et qu'elles se produisaient non pas par reprise du processus encapsulant, mais par formation de brides et d'adhérences des anses grêles entre elles, à laquelle s'ajoutait le processus tuberculeux. On retrouve donc là un cas type de récidive d'occlusion du grêle par brides et adhérences, et c'est une bonne indication d'une opération de NOBLE totale.

(Mémoires de l'Académie de Chirurgie -
Séance du 17 et du 24 mars 1954).

TECHNIQUE

TECHNIQUE

Une fois posée l'indication de plicature du grêle, il s'agit de la réaliser dans les meilleures conditions, car ce n'est pas sa difficulté (variable mais en général réduite) qui la rend choquante, mais bien plutôt sa longueur. N'oublions pas, d'autre part, que nous nous trouvons en présence d'occlusions, et comme pour toute intervention portant sur une occlusion, il est essentiel d'entourer cet acte opératoire particulier du maximum de précautions. Celles-ci devront concerner tous les temps de l'intervention.

Au point de vue pré-opératoire, on s'efforcera avant tout de rétablir l'équilibre humoral perturbé : d'une part on évacuera les anses grêles de leur contenu toxique en installant une aspiration duodénale continue; d'autre part, on introduira dans la circulation générale les solutions isotoniques adéquates en abondance.

Aspiration duodénale et perfusions intraveineuses devront obligatoirement être accompagnées de l'établissement d'un bilan humoral. On devra s'efforcer de faire celui-ci aussi complet que possible.

Deux dosages sont indispensables : l'hématocrite et la valeur du chlore urinaire qui renseignent sur le degré d'hémoconcentration et sur l'importance des pertes hydrosalines.

Mais il est aussi très important de connaître les taux :

- de l'urée sanguine et de l'urée urinaire (et leur rapport)
- de la réserve alcaline,
- des protides totaux du plasma,
- des chlorures plasmatiques,
- du delta cryoscopique du plasma.

La série des examens de laboratoire pré-opératoires sera obligatoirement complétée par l'examen radiologique (scopie et graphie) des anses grêles et des colons, avec et sans préparation; on pourra ainsi préciser le niveau de la sténose, l'importance des distensions, etc...

En ce qui concerne le temps opératoire lui-même, sur la technique duquel nous allons revenir, on doit prendre les mêmes soins que l'on observe pour toute opération longue et choquante : ce sont les procédés de réanimation devenus habituels aujourd'hui, à savoir les perfusions intraveineuses de sang ou de plasma.

Il en va de même pour l'anesthésie : on emploiera les méthodes désormais classiques de narcose en circuit fermé (oxygène - éther - protoxyde) avec respiration contrôlée, et si l'on désire un silence abdominal complet, curare avec intubation trachéenne.

Pré-médication anesthésique habituelle, analgésique et antispasmodique : morphine, atropine, anti-histaminiques, toni-cardiaques.

Dans le temps post-opératoire enfin, on établira chaque jour un bilan hydrique, en s'assurant d'une diurèse

comprise entre 1200 et 1500 cc, et un bilan humoral semblable à celui qui a précédé l'intervention.

Systématiquement on aura recours, pendant les jours qui suivent, à un traitement antibiotique préventif : pénicilline 1.000.000 ou 1.500.000 unités par jour, associée à la streptomycine 1 gr. par jour.

Enfin, on facilitera le rétablissement du transit intestinal et l'évacuation des gaz par des injections régulières de prostigmine, de yohimbine, de post-hypophyse.

LA TECHNIQUE OPERATOIRE proprement dite comprend deux temps distincts, d'abord la libération complète des anses grêles, puis la plicature proprement dite des anses libérées.

Dans la quasi-totalité des cas, libération et plicature portent sur toute la longueur de l'intestin grêle; c'est l'opération de NOBLE totale. Mais si l'on n'envisage de ne réaliser qu'une intervention limitée, portant sur les seules anses malades, opération de NOBLE partielle, la technique en deux temps est la même.

La voie d'abord : incision médiane sous-ombilicale.

Remarquons ici que l'on a toujours intérêt à faire une ouverture large, dans le but d'éviter les tiraillements des anses et de la séreuse à travers un orifice étroit, car ce sont des facteurs de choc et de formation d'adhérences.

1/ - Opération de NOBLE totale

Le premier temps, absolument essentiel, est la libération complète des anses grêles, ainsi que du mésentère. Il importe au premier chef d'apporter à cette sorte d'épluchage un soin méticuleux et de ne laisser subsister aucun élément d'adhérences sous peine de courir le risque de voir se reformer les brides et d'en voir apparaître de nouvelles. En effet, ces brides auront un développement anarchique et le but de cette intervention est précisément d'empêcher ce désordre.

Cette libération est complétée par une évacuation du liquide résiduel des anses par ponctions.

La plicature proprement dite des anses grêles peut alors se faire.

Il s'agit de plier les anses à 360°, de les accoler deux à deux en canon de fusil. Pour cela, on réalise, entre deux anses, un surjet séro-séreux dont l'exécution demande une grande minutie et l'observance de règles aujourd'hui bien codifiées par l'Ecole Française, avec Monsieur le Professeur QUENU :

On commence la plicature en partant de l'angle iléo-coecal et en remontant jusqu'à l'angle duodéno-jejunal, c'est-à-dire que l'opération est menée de bas en haut.

La pratique a montré qu'il y avait intérêt à faire le premier pli d'une longueur de 8 à 10 centimètres et d'aller en augmentant régulièrement de 2 à 3 cms d'un pli

au suivant. Une fois parvenu à hauteur du dernier quart de l'intestin qui reste à suturer, on diminue progressivement la grandeur des plis, de façon que les derniers de ceux-ci atteignent une hauteur sensiblement identique à celle des premières anses pliées.

La suture est réalisée, nous l'avons vu, à l'aide de surjets qui unissent les segments d'anses deux à deux et qui se trouvent à 1 ou 2 cms du bord mésentérique, de façon que tous les segments, toutes les surfaces déperitonisées soient recouvertes de séreuse.

Les points séparés sont absolument à proscrire, car, comme l'objecte Monsieur le Professeur QUENU, les points séparés finissent par lâcher au bout d'un temps plus ou moins long, et d'autre part, l'intervalle compris entre 2 points séparés constitue un véritable orifice de hernie interne pour les anses qui se trouveront libérées par le lâchage des points.

Autre détail technique, chaque surjet devra débiter à environ 2 cms du point de la plicature (3ème pour WECKESSER) et se terminer à 2 cms de l'autre extrémité de la plicature.

Dernier point : quel matériel employer pour réaliser ces surjets ?

Les auteurs français, pour la plupart, restent partisans de la suture au fil non résorbable, soit fil de lin, soit fil de nylon fin, à la suite de l'école de NOBLE. Ils considèrent que le catgut est peu utilisable étant donné

qu'il se résorbe, détruisant les plicatures. Cependant, signalons que des auteurs étrangers comme WECKESSER restent fidèles au catgut à résorption lente. Et même en France, certains chirurgiens défendent le catgut, en considérant que les adhérences que l'on cherche à provoquer sont constituées en quelques heures, c'est-à-dire bien avant que le catgut ne soit éliminé, et que la masse intestinale constituée par la série des sutures au fil non résorbable risque de froncer les anses au bout d'un temps plus ou moins long.

Dans l'observation rapportée ici, c'est du fil résorbable qui a été utilisé, car on se trouvait en milieu infecté et on ne voulait pas risquer des complications locales infectieuses.

2/ - La plicature partielle

C'est le même principe d'accolement deux à deux des anses grêles qui joue, et on applique la même technique de surjet séro-séreux, mais en se limitant aux seules anses altérées; on peut aussi, comme dans l'observation que nous avons présentée au début, réaliser la plicature en accolant les parties altérées des anses aux parties saines, afin d'obtenir une péritonisation satisfaisante.

Enfin, au lieu d'accoler l'intestin grêle à lui-même on peut le fixer à la paroi du coeco-colon ascendant, technique qui est indiquée dans les cas d'invagination iléo-coecale par exemple.

RESULTATS

RESULTATS

1/ - LES RESULTATS IMMEDIATS

Les résultats immédiats de la plicature régulière des an-ses grêles sont, dans la règle, excellents. Le transit intestinal se rétablit dans les délais habituels, et il s'effectue de façon normale. Les seuls cas qui fassent exception concernent les sujets qui présentaient par ailleurs un mauvais état général.

2/ - LES RESULTATS ELOIGNES

Les résultats éloignés sont également satisfaisants, ainsi qu'il ressort de l'immense majorité des observations rapportées par les auteurs français et étrangers.

L'expérience de l'école américaine est, à cet égard écrasante. En 30 années d'observation, NOBLE a réuni un total de 1300 opérations de plicature totale ou partielle, avec en tout et pour tout un seul cas où il a été indiqué de réintervenir après une plicature partielle (1920-1950).

LORD rapporte 11 cas de plicature totale. Ces malades ont été suivis pendant une période allant de deux mois à 4 ans, avec deux mauvais cas : le premier par péritonite quatre mois après l'opération; à la faveur d'une distension iléale causée par une bride épiploïque, l'intestin arracha un fil de soie et se perfora. Depuis, SMITH propose que les sutures soient faites au fil résorbable. Le second mauvais résultat concerne une infirmière morphinomane déjà opérée 9 fois. Dix-huit mois après le

NOBLE, occlusion. 4 une onzième intervention : obstruction sur le haut jéjunum non compris dans la plicature.

Toujours à l'étranger, WECKESSER et ses collaborateurs rapportent dix cas opérés pour occlusions. L'auteur remarque que l'intensité de l'iléus post-opératoire présente un certain parallélisme avec le résultat final : les mauvais résultats eurent de mauvaises suites. Sur ces 10 cas, il y eut 2 cas de plicature totale dont les suites furent troublées :

- a - une femme 4 fois opérée se plaint de douleurs permanentes. On trouve un quotient intellectuel très bas et un transit baryté du grêle normal.
- b - un homme, morphinomane, opéré 5 fois, se plaint de douleurs, réclame de la morphine.

Deux résultats de la plicature partielle sont considérés comme passables.

L'auteur insiste sur la fréquence de l'élément douloureux dans ces cas mauvais et passables, et suggère un traitement psychiatrique.

En France, les résultats de cette opération sont également très encourageants. Depuis les 9 cas rapportés par l'école de Monsieur le Professeur QUENU, les observations se sont multipliées et les échecs signalés sont très rares.

M.N. POILLEUX et GERMAIN ont rapporté, en 1951, 4 cas d'échecs à l'opération de NOBLE, mais aucun de ceux-ci ne peut être imputé à l'opération elle-même. Il semble qu'il s'agisse plutôt d'indications discutables.

Certains auteurs ont signalé des cas de réintervention après une opération de NOBLE. Dans certains cas, on découvrait la présence de brides anarchiques, non dirigées. Mais dans ces cas, on constate que les sutures avaient été réalisées par points séparés espacés. Dans d'autres cas, on se trouve en présence d'une masse intestinale parfaitement cohérente, la suture ayant été faite au surjet.

Les récidives sont exceptionnelles. Sur les 42 cas recueillis par M. THOMERET, un seul cas de récidive après opération de NOBLE semble indiscutable.

De même, dans l'ouvrage de Monsieur le Professeur QUENU au chapitre sur l'opération de NOBLE (n° 14) les cas de récidives signalés sont rares et sont dûs au fait que les surjets étaient trop espacés.

Cependant, il ne faut pas oublier que cette intervention n'est entrée en usage en France que depuis 1951, date des premiers cas opérés par Monsieur le Professeur QUENU. Par conséquent, on manque encore un peu de recul pour parler de résultats vraiment lointains de cette technique. D'autre part, au cours d'une séance récente de l'Académie de Chirurgie, les auteurs ont fait remarquer avec juste raison que "les résultats éloignés et les échecs de l'opération de NOBLE étaient très mal connus parceque rarement publiés" (M. MIALARET - M. AINES).

Nous vous présentons ici un cas d'opération de NOBLE réalisée en janvier 1950, c'est-à-dire un an avant que les

premières observations de l'école française soient connues. Ce cas a été suivi dans ses suites vraiment éloignées, puisque la réintervention a été pratiquée 3 ans plus tard.

Il s'agit certes d'une opération de NOBLE partielle et nous avons vu combien cette technique est critiquable, mais l'observation du cas que nous rapportons n'en reste pas moins valable. En effet, la réintervention a été pratiquée pour un syndrome douloureux qui n'évoquait en rien un processus occlusif, ce malade n'ayant jamais présenté la moindre gêne du transit intestinal. A l'ouverture, nous avons constaté qu'il ne restait aucune trace de la plicature. On pourra objecter que celle-ci avait été faite au fil résorbable, mais répétons-le, on ne voulait pas courir le risque d'une reprise de l'infection par présence de fil de lin ou de soie.

Ajoutons que les suites opératoires de la réintervention se sont passées sans incident. Le malade a été revu dans le service lors d'un 3ème séjour occasionné par un accident, traumatisme de la jambe, survenu une dizaine de mois après la réintervention. Interrogé et examiné au point de vue digestif, le malade ne présentait aucun trouble du transit.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

- 1/ - Il nous a été donné d'opérer un malade atteint d'iléus inflammatoire dont la libération avait déterminé de larges surfaces cruentées. Pour prévenir la formation d'adhérences anarchiques, facteurs d'occlusions ultérieures, on a réalisé une opération de NOBLE partielle, qui n'intéressait que les anses lésées.
- 2/ - Lors d'une réintervention, trois ans plus tard, on constate l'absence de toute adhérence réalisée par la plicature des anses grêles avec une restitution ad integrum des anses intéressées.
- 3/ - On a donc obtenu, grâce à une opération de NOBLE réalisée sur une indication particulière, une guérison parfaite et l'absence de récurrences d'ordre occlusif.
- 4/ - Nous ne voulons pas, pour conclure cette thèse, prétendre mettre un point final à la discussion qui oppose les partisans de l'opération de NOBLE partielle à ceux de l'opération de NOBLE totale.
- 5/ - Il est indiscutable que l'opération de NOBLE totale est la seule valable dans la quasi totalité des indications opératoires des iléus par adhérences ou par péritonite. C'est elle seule qui assurera une guérison complète et définitive, avec le maximum de sécurité, ainsi qu'il ressort nettement des observations de l'école française, avec Monsieur le Professeur QUENU qui a introduit ce

procédé thérapeutique dans notre pays. La plicature partielle ne peut et ne pourra jamais avoir que des indications exceptionnelles.

Vu : le Président de Thèse :
Professeur QUENU

Vu : Le Doyen de la
Faculté de Médecine de PARIS
L. BINET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ANGERER H. Cause rare d'une occlusion chronique de l'intestin.
Zbl.Chir. 1er nov.1941, 68 n°44, 2058-2060
2 fig.
- AIMES A. Occlusion du grêle par péritonite encapsulante.
Opération de NOBLE.
Mém.Acad.Chir. 17 mars 1954 - 356.
- BECKER W.F. Ileus aigu par adhérences : une étude de 412 cas
en se référant particulièrement à l'abus du traitement par sonde à aspiration continue.
Surg.Gyn.Obst. oct.1952, 95 n° 4 472-476
- BIANGUERNON S. BOUSSARD et VERNES
Mém.Acad.Chir. 1952, 78, 790-793
- BLONDIN S. Péritonite encapsulante et opération de NOBLE
Mém.Acad.Chir. mars-avr.1954 80 n°12-13-14
360-361
- BURKE J. MANN L.S. et KIRSCH I.E.
Occlusion intestinale partielle asymptomatique de longue durée, causée par un corps étranger et une constriction de l'iléon.
Surg. juin 1950, 27 n°6 902-906 2 fig.
(Bibliogr.)
- COOKE R. et CORNER B.
Hernie diaphragmatique gauche récidivante avec occlusion intestinale par adhérences.
Proc.Royal Soc.Méd. nov.1949,42, n°11, 914
2 fig.
- DABADIE J. MARCHANT et BOUET
Occlusion chronique par défaut d'accrolement de l'anse ombilicale : détorsion, caecopexie, guérison.
J.Méd.Bordeaux, av.1950, 127 n°4, 251-252
- DAGNEAU C. 209 cas d'obstruction intestinale.
Bull.Union méd.Canada, fév.1952, 81 n°2
180-186 (Bibliogr.)
- ECKERSON E.B. Occlusion subaiguë par adhérences des recto-sigmoïdes. - Méthode pour prévenir les récidives.
Am.J.Surg. oct.1940, 50 n°1 99-103 6 fig.
- FILHOULAUD H. et RAYMOND J.
Trois cas de plicature partielle de l'intestin grêle par occlusion.
Arch.Méd.App.Dig. sept.6 oct.1952 41 n° 9-10
1001-1004

- GERMAIN A. THOMERET G. et BAY P.
Mém.Acad.Chir.Paris 1951,77,524-525
- GOSSET J.R. Les "adhérences".
Concours méd. 7 nov.1953,75,n°45, 3769-3770 (Bibliogr.)
- HAND B.H. et GILMORE W.E.
Gall stone ileus : recurrence in one case
Am.J.Surg.1943,59,732
- HARTE M.S. Occlusion intestinale partiellement chronique due à une invagination d'un appendice épiploïque.
Surgery, av.1946,13,n°4, 555-560
- HEPP J. des MESNARD G. et al.
Mém.Acad.Chir. 1952, 78, 171-173
- HERNANDEZ R. Invagination intestinale chronique.
Arch.Hosp.clin.Ninos sept.1952, 19, n°3, 105-106 (en espagnol)
- KROOK S.S. Obstruction de l'intestin grêle due à des adhérences et des brides. Recherches sur les résultats précoces et tardifs après le traitement opératoire; étude étiologique des récidives (en anglais, résumé français).
Acta Chir.Scand.1947, 95, suppl.125 11-200 (Bibliogr.)
- HINCHEY P.R. Recurrent gall syone ileus.
New England J.Méd. 1940, 223, 174
- LORD J. et al. Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale récidivante chronique due à des adhérences.
Ann.Surg. mars 1949, 129 n°3, 315-322 5 fig. (Bibliogr.)
- LORD J.W. Jr. Valeur de la technique de plicature de NOBLE dans le traitement de l'occlusion intestinale récidivante chronique due à des adhérences.
Gastroenterology, déc.1951,19,n°4,801-811 4 fig. (Bibliogr.)
- MALVY P. Les occlusions post-opératoires tardives par adhérences et brides.
Thèse Paris 1942.
- MALVY P. L'occlusion intestinale aiguë par adhérences et brides. Les abus de l'aspiration digestive continue.
Rev.Praticien, janv.fév. 1953, 96, suppl. n°1 23-25 (Bibliogr.)

- MAST W.H. Recurrent intestinal obstruction due to gall stone.
Am.J.Surg. 1936,32,516-518
- MILCH E. et al. Occlusion intestinale récidivante d'origine biliaire.
Arch.surg. juin 1952,64,n°6, 847-850
3 fig. (Bibliogr.)
- NOBLE T.B. The treatment of peritonitis in its aftermath
Indianapolis 1945 Vernon-Grindle, édit.
- NOBLE T.B. The treatment of peritonitis and its aftermath
J.Internat.Coll.Surg.1950,14, 66-81
- NORGREEN E.M.G. et IGLESIAS A.G.
Traitement des adhérences péritonéales par le procédé de NOBLE. Plicature des anses intestinales.
Prensa med.argent.17 nov.1950,37,n°46,
2819-2823 4 fig. (Bibliogr.)
- OLIVIER Mém.Acad.Chir. 1952,78,167-169
- PARPOIL P. Contribution à l'étude radiologique des occlusions chroniques de l'intestin grêle.
Thèse Paris, 1953,n°142, 88 pages.
- PINSON et LUCCIANI Mém.Acad.Chir. 1952,78, 71-76
- POILLEUX F. et GERMAIN. Mém.Acad.Chir. Paris, 1951, 77,137-139
- QUENU J. et THOMERET G. Mém.Acad.Chir.1951,77, 80-85
- QUENU J. Occlusion intestinale.
Doin édit. Paris 1953 446 pages.
- REYMOND J.C. Essai de prévention et de traitement des adhérences post-opératoires.
J.Praticien, 23 juin 1949
- SCIACCA B. La membrane encapsulante du grêle (péritonite chronique encapsulante).
Arch. Ital.Chirurgia 1947,69,n°1 1-46
16 fig. (Bibliog.)
- SPEED T. Occlusion mécanique de l'intestin grêle.
Surg.clin.North Amer. oct.1952,32,n°5
1445-1456, 6 fig. (Bibliog.)

THALHEIMER M. et MALVY P.

Mém. Acad. Chir. Paris 1951, 77, 163-164

VAN WIEN A.

Un geste utile : l'opération de NOBLE.

Acta chir. belg. janv. 1953, 52, n°1 50-57

1 fig. (Bibliog.)

VINCENT J.P.

La place de l'opération de NOBLE dans le traitement des occlusions du grêle.

Thèse Paris, mars 1953, 87 pages.

TRUCHOT P. THOMERET et VERSPICK R.

Aspect radiologique du grêle après plicature.
(Opération de NOBLE).

J. Radiol. Electrol. 1951, 32, n°9/10 793-795

2 fig. (Bibliog.).

WECKESSER, LINDSAY et CEBUL

Occlusion post-opératoire et opération de NOBLE.

Am. Journ. Surg. Oct. 1953.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

RAPPEL DE L'ETIOLOGIE DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES,
RAPPEL DE LA PATHOGENIE DES BRIDES ET DES ADHERENCES.

HISTORIQUE

INDICATIONS

CONTRE-INDICATIONS ET CAS LIMITES

TECHNIQUE

RESULTATS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE.

-:-:-:-:-

